

# INFO Bulletin

Bulletin d'information destiné aux administrateurs de régimes d'assurance collective et aux conseillers en avantages sociaux



INDUSTRIELLE ALLIANCE  
ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.

www.inalco.com

## INFO Capsules

### Les employeurs ont l'obligation légale de percevoir les primes d'assurance médicaments au Québec

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007, les employeurs et les administrateurs de régime qui offrent ou administrent un régime d'assurance collective prévoyant une garantie d'assurance médicaments ont l'obligation légale de percevoir les primes afférentes à cette garantie pour les employés du Québec. Cette modification à la *Loi sur l'assurance médicaments et modifiant diverses dispositions législatives* du Québec vise à resserrer le contrôle sur la participation au régime d'assurance public.

Pour les employeurs et les administrateurs de régime, les nouvelles règles renforcent la pratique actuelle relativement à la perception des primes de l'assurance médicaments et des autres garanties, et ce, pour les participants et les personnes à charge admissibles. Les participants et les personnes à charge admissibles ne peuvent refuser la protection d'assurance médicaments offerte par le régime privé, sauf s'ils peuvent prouver qu'ils sont couverts par une garantie similaire offerte en vertu d'un autre régime privé (ex. : régime du conjoint, régime offert par une association professionnelle, etc.). Les assureurs ont la responsabilité de maintenir la couverture en vigueur.

Pour de plus amples renseignements à ce sujet, vous pouvez consulter :

- Le communiqué de l'Industrielle Alliance à [www.inalco.com](http://www.inalco.com)
- Le communiqué et les documents de soutien de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) à <http://www.ramq.gouv.qc.ca>.

### Une étude montre que les relations personnelles des employés ont une incidence sur le taux d'absentéisme

Un récent rapport de recherche rédigé par Shepell.fgi<sup>1</sup> montre que les problèmes de relations personnelles peuvent avoir des retombées considérables sur le taux d'absentéisme au travail. Ils sont également une raison importante pour laquelle les hommes (23 %) et les femmes (18 %) cherchent à obtenir de l'aide par l'entremise de leur programme d'assistance aux employés (PAE).

Le rapport est fondé sur une recherche dont l'échantillon se composait de plus de 150 000 employés ayant accédé au PAE sur une période de quatre ans. Les conclusions de ce rapport encouragent les employeurs à prendre des mesures appropriées afin de réduire les interférences entre le travail et la famille et à aider à améliorer les relations personnelles des employés. La recherche indique que le gain général de l'élimination d'une interférence élevée entre le travail et la famille pourrait avoir des

retombées considérables pour les employeurs : une réduction de 6,5 % du taux d'absentéisme, se traduisant par des économies de 1 milliard de dollars en coûts directs.

### Tendances dans les dépenses de santé au Canada

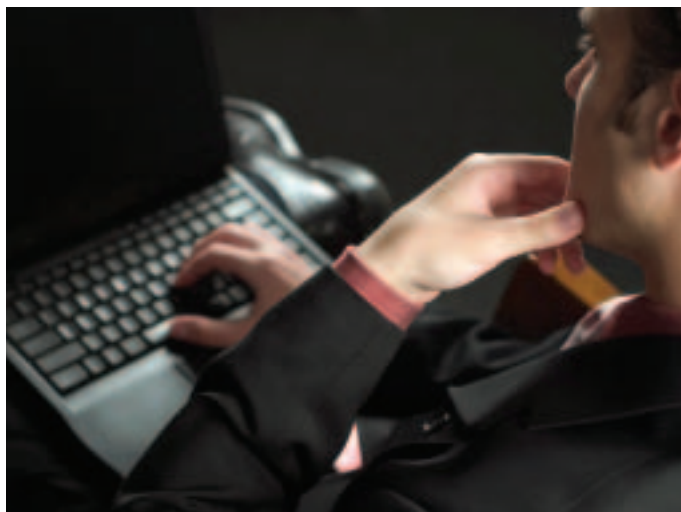
L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) surveille les tendances dans les dépenses de santé au Canada. Les tendances et les projections suivantes ont été rapportées dans une récente étude<sup>2</sup> :

- Le total des dépenses de santé, en dollars actuels, estimé à 131,4 milliards de dollars en 2004, devrait atteindre 139,8 milliards de dollars en 2005 et 148 milliards de dollars en 2006;
- Le total des dépenses de santé par habitant est estimé à 4 109 \$ par personne pour 2004 (en dollars actuels) et devrait atteindre 4 333 \$ en 2005 et 4 548 \$ en 2006;
- Les médicaments d'ordonnance représentaient 16,6 % du total des dépenses de santé en 2004, occupant le deuxième rang après les dépenses d'hospitalisation. L'ICIS estime que cette proportion aura atteint 17 % en 2006.



<sup>1</sup> Shepell.fgi, « Jusqu'à ce que le stress nous sépare – les problèmes conjugaux relationnels et leur impact selon le PAE », 2007.

<sup>2</sup> Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2006, 2006.*



### TESTEZ VOS CONNAISSANCES SUR L'ASSURANCE COLLECTIVE

L'assurance collective est une forme complexe d'assurance. Bon nombre de concepts et de dispositions font de l'administration d'un régime d'assurance collective un défi tant pour les nouveaux administrateurs de régime que pour les administrateurs aguerris.

En vue de clarifier certains concepts de base de l'assurance collective, nous vous proposons le jeu-questionnaire suivant. Les questions et les réponses fourniront aux nouveaux administrateurs de régime de précieux renseignements, et aux plus expérimentés l'occasion de rafraîchir leurs connaissances. Bonne chance!

- 1) Les énoncés suivants peuvent tous s'appliquer à l'assurance collective, sauf un. Lequel?
  - a) Les régimes d'assurance collective aident les participants à gérer le risque de pertes financières catastrophiques découlant d'événements tels un décès ou une invalidité
  - b) L'admissibilité à l'assurance collective n'est pas fondée sur une évaluation individuelle du risque présenté par chaque participant
  - c) Les participants à un régime d'assurance collective devraient adhérer au régime lorsqu'une perte financière catastrophique est survenue ou est imminente
  - d) L'assurance collective répartit le risque sur l'ensemble d'un groupe d'individus
- 2) Dans le contexte de l'assurance collective, lequel des termes suivants décrit une situation où des participants éventuels et existants à un régime tentent d'adhérer au régime ou de modifier leur couverture, parce qu'une perte sera vraisemblablement subie, est imminente ou est déjà survenue?
  - a) Exonération des primes
  - b) Antisélection
  - c) Délai de carence
  - d) Preuve d'assurabilité

- 3) Jean et sa conjointe Sylvie sont tous deux couverts par leur propre régime. Jean soumet d'abord ses demandes de règlement d'assurance maladie ou dentaire à son régime, puis la partie que son régime ne rembourse pas au régime de Sylvie, aux fins de paiement. On désigne une telle situation comme...
  - a) Protection familiale
  - b) Coordination des prestations
  - c) Exemption
  - d) Prolongation d'assurance
- 4) Des preuves d'assurabilité sont nécessaires lorsque l'assureur doit évaluer le risque sur une base individuelle. Laquelle des situations suivantes ne nécessiterait pas de preuves d'assurabilité?
  - a) Richard, qui souffre de diabète, devient admissible au régime d'assurance collective et se hâte de présenter sa demande d'adhésion à l'assureur
  - b) Par suite d'une évaluation de ses besoins en matière d'assurance vie, Josée demande un ajout de 100 000 \$ d'assurance vie facultative
  - c) Patricia devient admissible aux termes du régime d'assurance collective, mais attend six mois avant de présenter sa demande d'adhésion, parce qu'elle est en parfaite santé
  - d) Louis et son épouse, Jessica, demandent d'être assurés en vertu du régime de Louis à la suite de certaines améliorations apportées à son assurance maladie
- 5) La demande d'un participant visant à accroître sa protection doit être motivée par un événement pour que l'assureur l'approuve sans preuves d'assurabilité.
 

Un événement est une occurrence qui :

  - 1) rend le changement nécessaire, de la perspective du régime collectif;
  - 2) n'est pas une perte catastrophique.

Laquelle des situations suivantes décrit une demande motivée par un événement?

  - a) Robert présente une demande de protection familiale après avoir déterminé avec son épouse, Sandra, qu'il serait moins cher pour eux d'être tous deux couverts par le régime de Robert
  - b) Ginette demande que son conjoint, André, et elle soient tous deux couverts par son régime, compte tenu des améliorations apportées à sa garantie d'assurance maladie
  - c) Après avoir subi une fracture de la jambe dans un accident d'automobile, Normand demande d'être couvert en vertu de la garantie d'assurance maladie offerte par son régime, plutôt que celle du régime de son épouse
  - d) Benoît et Julie se sont mariés après avoir vécu ensemble pendant trois mois. Peu après leur mariage, Benoît demande une protection familiale

Voir les réponses à la page 4.

## Gestion des coûts du régime

Plusieurs études montrent qu'une majorité d'employeurs considèrent que les coûts croissants de l'assurance collective constituent le défi le plus ardu à relever sur le plan des ressources humaines.

Dans le but d'explorer de possibles solutions à ce problème, nous vous présentons une série d'articles qui traitent de la gestion proactive des coûts des régimes. Dans le numéro précédent de l'*INFO Bulletin*, nous avons examiné le contrôle des coûts des soins de santé et des soins dentaires. La gestion de l'invalidité fait l'objet du présent article.

### PARTIE 3

#### GESTION DE L'INVALIDITÉ

Ces dernières années, la gestion de l'invalidité est devenue un problème crucial en matière de gestion des coûts des régimes pour les employeurs. Certaines données statistiques justifient cette tendance. Selon les données publiées en mars 2004<sup>1</sup>, les Canadiens qui travaillent à plein temps s'absentent du travail en moyenne 7,4 jours par année, en raison d'une maladie ou d'une invalidité. Plusieurs sources estiment que le coût pour l'économie canadienne dépasse 16 milliards de dollars chaque année.

Dans un effort pour résoudre ce problème de manière proactive, les employeurs, les conseillers en avantages sociaux et les assureurs ont combiné leurs ressources afin de mieux gérer l'invalidité, ce qui nécessite une gestion active et continue d'une demande pendant toute la durée de l'invalidité. En conséquence, la prévention, l'intervention précoce et la réadaptation sont devenues les parties essentielles d'une approche intégrée de l'invalidité.

#### Prévention

La prévention est le domaine où les employeurs ont le plus de contrôle sur la situation, et où leur intervention entraînera vraisemblablement une issue positive. Dans un numéro antérieur, nous avons présenté plusieurs mesures de prévention à la disposition des employeurs<sup>2</sup>. Aux fins du présent article, nous nous concentrerons sur les principales étapes de la planification d'une stratégie de prévention.

#### • Vérification/évaluation

Selon un récent sondage<sup>3</sup>, une majorité d'organisations n'exercent aucune surveillance sur les coûts liés à l'absentéisme. Sans analyse préliminaire de ces coûts, il peut être difficile pour les administrateurs de régime d'obtenir l'engagement de la haute direction ou des chefs syndicaux relativement à l'élaboration de mesures préventives, nécessaire au succès de leur mise en œuvre.

L'analyse des coûts doit tenir compte des coûts directs de l'absentéisme (coûts liés au régime, coûts d'administration) et des coûts indirects (perte de productivité, remplacement d'employé, heures supplémentaires, etc.). La phase de vérification/d'évaluation doit également comprendre une analyse des rapports techniques fournis par l'assureur, afin de se faire une idée précise de la situation.

#### • Mise en œuvre

L'analyse des coûts sert de base à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un plan d'action. La mise en œuvre du plan d'action dépend de plusieurs facteurs, qui peuvent être résumés comme suit :

- **Intégration à la stratégie d'entreprise** : plus facile lorsque la haute direction est consciente de l'importance de la prévention et s'engage à veiller à l'application du plan d'action;
- **Formation à l'intention des directeurs et des superviseurs** : parce qu'ils sont en contact direct avec les employés, les directeurs et les superviseurs sont bien placés pour reconnaître les premiers symptômes

d'une invalidité. Grâce à une formation appropriée, ils peuvent intervenir tôt et aider l'employé avant qu'une invalidité ne se déclare;

- **Communication** : un bon plan de communication va de pair avec le plan d'action. Les employés doivent connaître les ressources à leur disposition et l'aide qu'ils peuvent obtenir lorsqu'ils font face au stress, à des problèmes personnels, etc.

#### • Évaluation

Comme c'est le cas pour n'importe quel plan d'action, une évaluation périodique est nécessaire pour mesurer la réussite du plan et y apporter les changements requis, s'il y a lieu. L'évaluation peut prendre plusieurs formes, selon les initiatives entreprises. Les rapports techniques fournis par l'assureur peuvent s'avérer un outil d'évaluation fort utile. L'amélioration de l'expérience d'une année à l'autre peut indiquer que les initiatives en matière de prévention ont un impact favorable.

#### Gestion de l'invalidité

Les assureurs ont beaucoup investi dans la gestion de l'invalidité ces dernières années afin qu'elle soit proactive et rentable pour les employeurs, tout en répondant aux besoins des demandeurs. La gestion de l'invalidité est maintenant un processus global et complet fondé sur l'intervention précoce et la gestion proactive des demandes de règlement.

« L'évolution la plus significative dans la gestion de l'invalidité ces dernières années est le flux d'information », affirme Diane Bessette, directrice, Règlements d'assurance vie et invalidité à l'Industrielle Alliance. « Par le passé, les rôles étaient clairement définis et l'intervention se limitait aux responsabilités particulières de chacun. De nos jours, l'analyste, l'employeur, l'assuré et les médecins respectifs de l'assureur et de l'assuré travaillent ensemble afin de faire en sorte que la gestion de l'invalidité soit axée sur le client, proactive et efficace. C'est l'information qui rend possible cette collaboration. »

Les spécialistes jouent également un rôle crucial dans la gestion active de l'invalidité, puisqu'ils fournissent un soutien à l'équipe d'analystes et peuvent intervenir dans des cas plus complexes.

#### Réadaptation

Dans le cadre de la réadaptation, l'employeur et l'assureur combinent leurs efforts afin d'aider le participant à effectuer un retour au travail **sécuritaire** et **durable**. Les assureurs se fient généralement à une équipe d'analystes, dont le rôle consiste à identifier des possibilités de réadaptation pour les employés invalides, tant en courte durée qu'en longue durée. Des firmes spécialisées offrent également de tels services. L'analyste travaille avec l'assuré et l'employeur en vue de déterminer des arrangements de travail possibles, à partir desquels un programme de réadaptation peut être élaboré et mis en œuvre.

Les analystes sont aidés dans cette tâche par des médecins-conseils et des spécialistes afin d'optimiser les chances d'un retour au travail réussi et durable. Le succès d'un programme de réadaptation dépend de la capacité de trouver des solutions qui satisfont toutes les parties impliquées dans le processus.

Compte tenu de ses retombées sur les coûts des régimes d'assurance collective, l'invalidité ne peut plus être considérée comme le simple fait de « payer et espérer que tout aille pour le mieux ». La plupart des assureurs ont intégré la prévention, l'intervention précoce, la gestion proactive et la réadaptation à leur approche de l'invalidité. Un nombre croissant d'employeurs offrent des régimes de prévention, des programmes d'assistance aux employés et des arrangements relatifs au retour au travail.

Le présent article conclut notre série d'articles sur la gestion des coûts des régimes. Si vous avez des questions concernant le contenu du présent article, veuillez communiquer avec votre conseiller de l'Industrielle Alliance.

<sup>1</sup> Statistique Canada, *L'emploi et le revenu en perspective*, mars 2004.

<sup>2</sup> Voir l'article intitulé « Investir dans la prévention » dans l'*INFO Bulletin* du 4<sup>e</sup> trimestre de 2006.

<sup>3</sup> Watson Wyatt Worldwide, *Staying @ Work*, 2005.



### RÉPONSES AU JEU-QUESTIONNAIRE

- 1) La réponse est **c)**. À l'instar de toutes les formes d'assurance, l'assurance collective est conçue pour aider les assurés à gérer le *risque* de pertes financières catastrophiques. Comme décrit en a), les pertes couvertes peuvent résulter d'événements tels un décès ou une invalidité. Comme décrit en b) et en d), l'assurance collective est structurée en fonction de dates et non d'évaluations individuelles des participants, et le risque est réparti entre les individus (employés, membres d'association, etc.) d'un groupe.

Les participants éventuels à un régime qui cherchent à adhérer au régime en raison de pertes, comme décrit en c), le font en vue de gérer une perte et non un *risque*, et l'idée de base de l'assurance ne s'applique plus. Un tel comportement, s'il devient répandu, aura une incidence défavorable sur l'expérience et les taux de prime du régime collectif.

- 2) La réponse est **b)**. L'*antisélection* est un concept que l'on retrouve dans toutes les formes d'assurance. En assurance collective, ce concept peut être utilisé afin de décrire les situations où les participants éventuels ou les participants existants à un régime tentent d'adhérer au régime ou d'accroître leur protection en raison de pertes qui seront vraisemblablement subies, sont imminentes ou sont déjà survenues.

Afin de prévenir l'antisélection et ses retombées négatives sur l'expérience et les primes, des situations comme l'adhésion tardive, les demandes de modifications non motivées par un événement et les demandes de modifications tardives sont assujetties à des dispositions contractuelles particulières (ex. : limitation du maximum pour soins dentaires) ou à des évaluations de risque individuelles (ex. : preuves d'assurabilité).

- 3) La réponse est **b)**. La coordination des prestations permet à Jean et à Sylvie d'harmoniser leurs régimes respectifs afin d'obtenir le remboursement maximal de leurs demandes de règlement de soins médicaux et dentaires.

La coordination des prestations s'applique également aux enfants à charge admissibles. Les demandes de règlement visant les enfants doivent tout d'abord être présentées 1) à l'assureur du parent dont la date de naissance survient la première au cours de l'année; 2) à l'assureur du parent dont le prénom commence par la lettre qui survient la première dans l'alphabet, si les deux parents ont la même date de naissance. La partie non remboursée peut ensuite être présentée à l'assureur de l'autre parent aux fins de remboursement.

Si les parents sont séparés ou divorcés, l'ordre des régimes est le suivant : 1) le parent qui a la garde; 2) le conjoint du parent qui a la garde; 3) le parent qui n'a pas la garde; 4) le conjoint du parent qui n'a pas la garde.

- 4) La réponse est **a)**. L'assurance collective n'est pas fondée sur des évaluations individuelles des participants à l'adhésion. Dans ce cas, la transaction a également été envoyée à temps. b) est une demande d'assurance vie facultative, qui est assujettie à la présentation de preuves d'assurabilité. c) il s'agit d'une adhésion tardive. d) la décision du couple n'est pas fondée sur un événement (voir ci-après). L'assureur doit évaluer le risque individuellement et n'est pas tenu de l'accepter.

- 5) La réponse est **d)**. Le mariage rend Julie admissible au régime collectif. Benoît doit soumettre sa demande de modification au plus tard 31 jours suivant la date du mariage, qui devient la date d'admissibilité au régime de Julie. a) et b) sont des « transferts de régime » fondés sur des décisions personnelles, et non des événements. Ces décisions peuvent être logiques, mais l'assureur qui reçoit la demande est en droit d'exiger des preuves d'assurabilité avant de l'accepter. c) décrit une décision fondée sur une perte catastrophique et la demande sera assujettie à la présentation de preuves d'assurabilité.

### À propos de l'Industrielle Alliance

L'INFO Bulletin est publié par l'Industrielle Alliance.

L'Industrielle Alliance figure parmi les plus solides institutions financières au pays et exerce un leadership incontestable dans les domaines de l'assurance et des services financiers. Présente partout au Canada, l'Industrielle Alliance contribue au mieux-être financier de plus de 3 millions de Canadiens et de Canadiennes et gère et administre un actif de plus de 46 milliards de dollars, ce qui en fait la cinquième plus importante société d'assurance de personnes au Canada.